

REZILIENCIA A SZÜLŐI BÁNÁSMÓD TÜKRÉBEN

Gergely Aletta

¹ Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet,
alettagergely@gmail.com

Kutatásomban megvizsgálom, hogy milyen összefüggés lehetséges a szülői bánásmód és a felnőttkori pszichológiai reziliencia között, mivel számos gyermek az elégtelen szülői bánásmód ellenére is reziliens felnőtté válik. A vizsgálatban a Connor Davidson Reziliencia Kérdőív 25 itemes változatát (CD-RISC, Connor és Davidson, 2003, Kiss és mtsai, 2015), és a Szülői Bánásmód Kérdőívet (Parker, Tulping és Brown 1979, Tóth és Gervai, 1999) használtam. A kutatásban 18 és 70 év közötti egészséges felnőttek vettek részt. A statisztikai próbák alkalmával korrelációt számoltam, és független minták egyszempontos összehasonlítását végeztem. Kutatásomban nem nyert igazolást a szülői bánásmód és a felnőttkori reziliencia közötti együttjárás. Eredményeim megerősítették, hogy a reziliencia emelkedése és az életkor növekedése közötti összefüggést. A statisztikai próbák nem támasztották alá a reziliencia értékeiben való szignifikáns különbséget a női és férfi csoportokban.

Kulcsszavak: pszichológiai reziliencia, szülői nevelési stílus, szülői bánásmód, protektív faktorok

Az utóbbi néhány évtizedben népszerűvé váló pozitív pszichológia a lelki rendellenességek helyett olyan konstrukciókra fókuszál, mint a jóllét, remény és a lelki ellenállóképesség, azaz a pszichológiai reziliencia. Mivel a reziliencia jelensége ellentmond a kedvezőtlen feltételek mellett várható negatív fejlődési kimenetnek, a témában zajló vizsgálatok az utóbbi évtizedekben előtérbe kerültek (pl. Masten, 2001; Luthar, Cicchetti és Becker, 2000; Zakeri Jowkar és Razmjooe, 2010). Ugyanakkor az eredmények mellett feltáratlan vagy részleteiben nem kellően tisztázott például a fogalom definíciója, hiszen számos egymással átfedésben lévő értelmezés jelent meg. Továbbá nehéz elhatárolni vagy megtalálni a reziliencia kifejezés létjogosultságát az eddig használt fogalmak mellett, mint a stresszkezelés, megküzdés vagy pozitív adaptálódás (Szokolszky, Komlósi 2015).

Munkám a reziliencia szempontjából egyik fő tényezőre: a gyermekkori szülői bánásmódra irányul, a gyermek rezilienciájának kialakulása szempontjából. Céлом megválaszolni azt a kérdést, hogy a gyermekkori szülői bánásmódból lehet-e következtetni a rugalmas lelki ellenállóképesség kibontakozására felnőttkorra? Továbbá, milyen összefüggéseket lehet feltárni a reziliencia életkori és nemi vonatkozásaiban?

Tanulmányomban először tisztázom a reziliencia fogalmát és megközelítéseit, majd a védőfaktorok sorában részletezem a család szerepével és a szülői nevelési stílussal kapcsolatos kutatások fő megállapításait. Ezután ismertetem a szülői bánásmód és a lelki ellenállóképesség összefüggéseire irányuló kutatásomat. Konklúzióm hangsúlyozza a reziliencia fogalmának komplexitását, kontextusfüggőségét és kutatásának módszertani problémáit.

A REZILIENCIA FOGALMA, MEGKÖZELÍTÉSEI ÉS JELENTŐSÉGE

A reziliencia pontos meghatározásáról közmegegyezően alapuló definíció nincsen, annak ellenére, hogy a jelenséget vizsgáló tudományos munkák már az 1970-es évektől születtek (Garmezy 1970; Holling 1998; Selye 1983; Werner és Smith, 1982; Gordon 1995; Jávor 2001). Tovább nehezíti a meghatározást, hogy az eltérő kutatási kontextusokban a szakemberek a reziliencia más-más elemeire fókuszáltak (Kórodi és Szabó, 2020), hiszen korábban a vonáslapú elméletek személyiségjellemzőket írtak le és a kutatók ezekből a jellemzőkből következtettek a rugalmas lelki ellenállóképesség meglétére (Masten, 2001). Ezek a vonások négy nagy csoportba sorolhatók, ilyen az optimizmus, a produktivitás, az éleslátás, a lelkesedés, és hatékony kifejezőképesség (Klohn, 1996). Napjainkban a vizsgálatok a reziliencia dinamikus fejlődési folyamatként való felfogását helyezik az előtérbe. A kutatók az egyéni jellemzőket nem fix vonásokként, hanem tágabb keretben értelmezik, ahol a reziliencia esetleges kibontakozása az egyén jellemzőin túl a szociális környezet, a védőfaktorok és a kockázati tényezők közötti kölcsönös interakciók rendszerében zajlik (Luthar, Cicchetti és Becker, 2000). A reziliencia része a megküzdés (coping), utóbbi viselkedéses és emocionális készséget jelent, amelynek a külső és belső erők mozgósítása révén az adott helyzetben fennálló konfliktus kezelését célozza (Lazarus és Folkman, 1984).

A reziliencia fogalmát a rugalmas lelki ellenállóképességre utal, amely a múltban fennálló rizikótényezők ellenére a sikeres alkalmazkodást teszi lehetővé, és a nehézségek ellenére is a személyiség megújulását eredményezi, valamint biztosítja a funkcionális fennmaradást. Tehát a reziliencia valószínűsíti a jó kimenetelt a nehéz életkörülmények között is. A reziliens személyek a stresszes események hatása alatt sem törnek meg, hanem a megküzdés során fejlődnek és személyiségükben gyarapodnak (Szokolszky, Komlósi, 2015).

Tanulmányomban a reziliencia kutatás egyik vezéralakjának Ann Masten és munkatársainak eredményeit tekintem irányadónak. Masten (1994) a rezilienciára dinamikus adaptációs folyamatként tekint, amely az egyén számára sikeres alkalmazkodást biztosít a környezeti kihívásokkal szemben. Felhívja a figyelmet a temperamentum szerepére, amely az egyén szituációra adott választását befolyásolja. A reziliencia több rendszer (társkapcsolatok, közösség, biológiai sajátosságok stb.) dinamikus kölcsönhatása révén formálódik. Ez azt is jelenti, hogy a reziliencia kontextuálisan változó jellemző (Masten, 2001), függ a személy korától és nemétől is (Lengua és Wachs; 2012; Shiner és Masten, 2012; idézi Masten 2014).

A reziliens személy nyitott és rugalmas alkalmazkodásra képes a helyzet függvényében a környezettel való interakció során (Shiner és Masten, 2012; idézi Masten, 2014) A reziliencia, olyan plusz muníciót jelent az életben, ami lehelővé teszi az előnyös környezet kiválasztását. A reziliens személyek támogató környezetben jobban teljesítenek, ami által önmagukat erősítik (Werner, 2000, idézi Ribiczey, 2008). Ugyanakkor a reziliencia nem jelenti azt, hogy a személy nem szoronghat, szenvedhet PTSD-ben vagy lehetnek érzelmi hullámvázai, csupán azt takarja, hogy a tünetek ellenére is képes a helytállásra és a rugalmas alkalmazkodásra (Masten, 1997; Masten, Obradovic, 2006)

A reziliencia hiánya ugyanakkor együttjárhat kognitív, érzelmi, pszichés és szociális területen jelentkező problémákkal. Kognitív hiányosságok jelentkezhetnek a nyelv tanulásában, a memória és koncentráció területén. Emocionális területen az önszabályozás, impulzivitás, magas érzelmi reakcióképesség okozhat gondot. Fizikai tünetek között szerepel a gyenge immunrendszer, elhízottság, krónikus és mentális betegségek. A szociális kapcsolatokra jellemző lehet az agresszió, elutasítás, kapcsolati nehézségek. (APA, 2022)

A VÉDŐFAKTOROK

A korai kutatások ráirányították a figyelmet olyan tényezőkre, amelyek bizonyíthatóan támogatni tudják az egyén lelki ellenállóképességét (Ribiczey, 2008), továbbá mérsékelni képesek a környezeti kockázat mértékét. Ezeket a tényezőket összefoglalóan védőfaktoroknak nevezik (Werner és Smith 1992). A reziliencia szempontjából elkülöníthetünk egyéni belüli, családon belüli és társadalmi védőfaktorokat lásd **(Hiba! A hivatkozási forrás nem található.. táblázat)**

Védőfaktorok

Egyénen belül	Családon belül	Társadalmon belül
-egészséges fejlődés (Rutter,2008)	-egy személlyel tartós és szoros érzelmi kapcsolat (Meichenbaum, 2015)	-megfelelő iskola (Samerff, 2005)
-temperamentum; szociáilitás, megnyugtathatóság,válaszkészség, éberség (Ribeczky, 2008)	-biztonságos kötődés (Werner, 2000, idézi Ribeczky, 2008).	-szomszédság (Sameroff, 2005)
-magas IQ (Ribeczky, 2008)	-hiteles, meleg támogató szülők (Meichenbaum,2015)	-gazdasági helyzet (Sameroff, 2005)
-szociális kompetencia, kommunikatív (Meichenbaum, 2015.)	-egyértelmű, reális elvárások/ következetesség (Meichenbaum, 2015)	iskola, cserkészlet, szakkörök, klubok (Erdei, 2015).
-figyelmesség (Meichenbaum, 2015.)	-rendszeres családi rituálék (Meichenbaum, 2015).	-barátok, társkapcsolatok, (Werner, 2000; Masten és Coatsworth, 1998, idézi Ribeczky, 2008).
-mentalizáció (Meichenbaum, 2015.)	-négy gyermeknél kisebb család (Kas, Billédi, Ferecki, Csákvári, Táncczos, 2015).	-kortársakkal való kapcsolat (Erdei, 2015).
-vallás (Meichenbaum, 2015.)	-szülői bánásmód (Finkenauer, Engels, Baumeister, 2005; Reti és mtsai, 2002; Rothrauff, Cooney, An, 2009, idézi Pikó, 2012).	-tanárok, mintát adhatnak (Meichenbaum, 2015)
célorientáltság, jövő tervezése (Meichenbaum, 2015.)	vallás (Werner, 2000; Masten és Coatsworth, 1998, idézi Ribeczky, 2008)	-kényelmes lakhely, stabil gazdasági helyzet, jó szomszédság (Kas, Billédi, Ferecki, sákvári, Táncczos 2015).
-önbecsülés (Haase, 2004)	az anya iskolázottsága és kompetenciája (Werner és Smith 1982; idézi Werner, 2000, idézi Ribeczky, 2008).	

1. táblázat: Egyénen belüli, családon belüli és társadalmi védőfaktorok

A CSALÁD SZEREPE

A család a gyermek számára az elsődleges szocializációs közeg (Bagdy, 1977). Az egészséges személyiségfejlődés szempontjából elengedhetetlen a gyermek iránti feltétlen szeretet és bizalom. Lényeges az olyan szülői magatartás, amely követelményeket támaszt, mégis biztonságot nyújt, rugalmas és nyitott, valamint összehangolt a szülők között (Bagdy, 1977, 1986), továbbá meleg családi légkört és megfelelő anya-gyerek kapcsolatot biztosít. A hagyományos modell szerint az apa hatása a családjáért érzett felelősségben, és az anya érzelmein keresztül

érvényesül, majd az én-fejlődés időszakában válik a gyermek számára közvetlenül fontossá (Fekete, 2015).

A fejlődéslelektani szakirodalom egyetért abban, hogy az egész életen át tartó megfelelő pszichológiai funkcionálás jelentős részben az egészséges szülő-gyermek kapcsolatból eredeztethető (Stafford és mtsai., 2015), bár éppen a reziliencia jegyében létezik olyan fejlődési út, amely a kedvezőtlen körülmények dacára kedvezően alakul. A család hibás, merev működése azonban az egyén alkalmazkodó képességére negatívan hat (Buda, 1986; Carver és Scheier, 1998). A gyermek fejlődését rendszerint a disszonáns házastársi, szülői kapcsolatok, torzult családi minták és viselkedések rekesztik meg és rögzítik (Goldenberg, 2008; Cox, Paley és Harter, 2001; Repetti, 1987). Ezért is lényeges a családi érzelmi klíma, a légkör, a szülői nevelési stílus és bánásmód, amelyet a gyermek megtapasztal.

SZÜLŐI NEVELÉSI STÍLUS, SZÜLŐI BÁNÁSMÓD ÉS REZILIENCIA – ÁLTALÁNOS

ÖSSZEFÜGGÉSEK

Steinberg és Darling (1993) definíciója szerint a szülői stílus a szülők stabil tulajdonságait és gyakorlatait jelenti a gyermekükkel zajló interakciókban, ahogyan nevelik és irányítják gyermekeiket. Baumrind (1991) három nevelési stílust különböztet meg, melyek kimeneteleit longitudinális vizsgálattal támasztotta alá. Az autoriter nevelési stílusban a szülők erősen és határozottan kontrollálják és szabályozzák a gyermek viselkedését. Magas, csaknem megugorhatatlan korlátokat állítanak, amely a gyermek képességét meghaladja, miközben a valós igényeket nem veszik figyelembe. Ebben a csoportban találták a legtöbb depressziós gyermeket. Azok a gyerekek, akik mérvadó (autoritativ) stílusban nevelkedtek a tanulmányaikban motiváltabbak és teljesítményorientáltabbak voltak társaiknál, illetve magasabb szociális jártasságot mutattak. A mérvadó szülő, a jogok és kötelességek mentén szabályoz, amely egyaránt érvényes a gyermekre és szülőre is. A szülő elvárásai magasak, de mindehhez meleg és elfogadó környezetet teremt, támogatja a gyermek önállóságát. Ebben a csoportban magasabb érzelmi stabilitást, adaptívabb megküzdési stílust, magasabb élettel való elégedettséget találtak. Az engedékeny szülői stílusban nevelt gyermekek teljesítménye alulmaradt az első két csoportéhoz képest és később gyakran antiszociális magatartás jelent meg. Az engedékeny szülő autonómiát biztosít a gyermeknek, meleg, elfogadó és toleráns. A szülői elvárások alacsonyak, nem mutatnak irányt és. Ennek a nevelési stílusnak a háttérben lehet alacsony érdeklés is a szülő részéről a gyermek irányában.

Baumrind (1991) szerint bár a szülői nevelési stílust a gyermek temperamentuma befolyásolja, a választott nevelői stílus is hat a gyermek személyiségére. Kiff és munkatársai (2011) azt találták, hogy egy nehéz temperamentumú gyermeknél a rossz szülői bánásmód mellett nagyobb valószínűséggel jelenhet meg viselkedészavar, mint egy könnyű temperamentumú társánál (Kiff és mtsai, 2011). Számos elmélet létezik a

környezet, temperamentum és fejlődési kimenetek leírására, többek között a „jó illeszkedés” modell. Ha a környezet és a gyermek között nem megfelelő az illeszkedés, mert az elvárások, temperamentum, tulajdonságok, viselkedés, a gyermeki kapacitás eltérőek a szülőétől, maladaptív alkalmazkodás valószínű, összhang esetében optimális fejlődési kimenetel várható (Chess és Thomas, 1999).

A kutatások arra is rámutattak, hogy a reziliencia kialakulásának szempontjából kritikus, érzékeny periódus a korai gyermekkor. Ebben az időszakban, ha a megfelelő szülői gondoskodás és támogatás mellett az idegrendszer fejlődése és a kognitív érés is biztosított, akkor a biztonságos kötődés, az önszabályozó képességek megtanulása mellett a gyermek reziliensebb lehet az élet során felmerülő akadályokkal szemben (Masten és mtsai, 2013). A szülői nevelési stílus támogathatja a gyermek fejlődését (Mohammadi, Samavi, Azadi 2013, idézi Mathibe 2015), ezáltal segítve a lelki ellenállóképesség alakulását (Hoffmann, 2010). Zakeri, Jowkar és Razmjoe (2010) a reziliencia kialakulásának és növekedésének egyik faktoraként, szintén a szülői nevelési stílus jelöli meg.

A nevelési stílus egy tényezője a szülői bánásmód. A szülői bánásmód a szülők gyermekeik felé közvetített konkrét viselkedésformát jelentik. A szülői bánásmódot jelen tanulmányban a szeretet-elutasítás, bátorítás-korlátozás dimenziója mentén értelmezem (Tóth, Gervai, 1999). A szülői bánásmód, akkor lenne ideális a gyermek fejlődése szempontjából, ha azt teljes körű gondoskodás, gyengédség, és szeretet jellemezné, emellett pedig minimális pszichológiai kontroll lenne jelen, melyben a gyermek gyakorolhatná az autonómiáját, így segítve az egészséges fejlődést (Stafford, Kuh, Gale, Mishra és Richards 2015). Míg korábban a kutatók a szülői bánásmódot egyirányú folyamatként azonosították, ma interaktívnek látják. Az interakciót egyaránt befolyásolja a szülő és gyermek, azonban a markáns szerep a szülőé (Vajda és Kósa, 2005). A szülői stílus hatása a gyermek fejlődésére bizonyított, azonban a mértéke vitatott (Lamborn, Dornbusch és Steinberg, 1996). Hadházy és munkatársai (2020) magyar mintán végzett kutatásukban arra jutottak, hogy a reziliencia az észlelt nevelői stílusnak nem függvénye. Ennek magyarázata lehet, hogy a reziliencia, mivel dinamikus pszichoszociális folyamat, így képes rugalmassá tenni az egyént a stresszforrásokkal szemben az esetleges elégtelen szülői nevelési stílus ellenére is (Graber, Pichon & Carabine, 2015). Werner és Smith (1997, hiv: Werner és Smith, 2001) longitudinális vizsgálatban olyan gyerekekkel dolgoztak, akik magas kockázati csoportba tartoztak, például a szülők pszichés betegsége, szegénysége miatt. Eredményeik azt mutatták, hogy a nehéz körülmények ellenére minden harmadik gyermek reziliens felnőtté vált.

Azonban számos ellenpélda bizonyítja, hogy érzelmileg rideg, elutasító nevelés gyakran vezet szorongásos zavarokhoz (Dick és mtsai, 2005), míg a meleg, elfogadó nevelésben részesülő gyermekek nagyobb rugalmasságot és alacsonyabb kockázatot mutatnak pszichés zavarokra (Richter-Kornweitz, 2011). Skeryte-Kazlauskienė és munkatársai (2015) eredményei alapján a szülői bánásmód minőségétől függően van kapcsolat a felnőttkori reziliencia és szülői bánásmód között. A kutatásuk alapján a magasabb anyai és apai gondoskodás nagyobb rugalmasságot jelentett felnőttkorban, míg ha a vizsgálati személyek a szüleiket

a visszaemlékezéseik alapján tekintélyelvűbbnek ítélték, ezekben az esetekben az egyénnél alacsonyabb rezilienciát azonosítottak. A szülői védelem és reziliencia között nem találtak kapcsolatot. Masten (2011) felhívja a figyelmet, hogy a reziliencia és a szülői bánásmód között nehéz azonosítani egymásból következnek- e vagy melyik volt előbb, hiszen egymás hatását befolyásoló folyamatról van szó. Hiszen egy könnyen alkalmazkodó, könnyű temperamentumú gyermek több pozitív visszajelzést kap a környezetétől is.

A REZILIENCIA SZEREPE KRÓNIKUS BETEGSÉGEKKEL VALÓ MEGKÜZDÉSBN

A kutatások alátámasztották a reziliencia egészségvédő szerepét a krónikus betegségekben, hiszen az erős lelki ellenállóképesség elősegítheti és felgyorsíthatja vagy megkönnyítheti a gyógyulást, produktív életet és jó közérzetet biztosít a betegség vagy fájdalmak ellenére is. A reziliens emberek a stresszhelyzetre, krízisre rugalmasabban reagálnak, jobban ellenállnak a negatív hatásoknak, például mert optimistábban tekintenek a jövőre, alkalmazkodóbbak, jobb szociális kapcsolatokat képesek mozgósítani, amelyek segíthetik a betegség leküzdését, vagy ezek a tényezők támogathatják a betegséggel való együttélést. Ha az egyén reziliensebb kisebb a sérülékenysége stresszhelyzet esetén (Babic és mtsai, 2020). A rezilienciát támogató programok segítik megérteni a stressz és a fizikai, lelki problémák közötti összefüggést, relaxációs technikákat tanítanak, egészséges életvitelre hívják fel a figyelmet, és a pozitív gondolatok, hiedelmek fontosságát bátorítják. (SMART Program®, 2022)

A következőkben a reziliencia és krónikus betegségek között feltárható kedvező kapcsolatokat bemutató kutatások eredményeit ismertetem a klinikai- és egészségpszichológia területéről. A kutatók felnőtt populációval végzett vizsgálatok alapján bizonyították, hogy a magas reziliencia értékekkel rendelkező egyének jobban megküzdnek a stresszel, ami pozitívan befolyásolja a betegségük lefolyását (DeNisco és mtsai, 2011; Erim és mtsai, 2010; Wingo és mtsai, 2010; idézi Kövesdi, 2017). Franjiü és munkatársai (2019) a kutatásukban arra az eredményre jutottak, hogy a rezilensebb egyének a vastagbél-daganatból gyorsabban épülnek fel, mint a kevésbé reziliens társaik. A rezilienciát támogató pszichés beavatkozások onkológiai intézményekben, szignifikánsan segítettek olyan készségeket elsajátítani, hogy például a végstádiumú végbél-daganatban szenvedő betegek könnyebben viseljék a megpróbáltatásokat (Hwang et al. 2018, Solano et al. 2016) Több tanulmány bizonyította, hogy a rezilienciát növelő beavatkozások terminális állapotban lévő betegek esetében reményt nyújtanak (Maddi, 2005).

Számos krónikus betegség esetében van kapcsolat a lelki ellenállóképesség és a betegséggel való megküzdés között. Több tanulmány összefüggést talált az alacsony reziliencia értékek és a depresszió között (Loprinzi és mtsai, 2011.), az alacsony reziliencia és a magas vérnyomás (Colquhoun és mtsai, 2013), valamint szívelégtelenség (Crump et al. 2016.), és ischaemiás szívbetegség (Robertson 2017) között.

A reziliencia egyéb szervi krónikus betegségek kimenetelére is kedvező hatással van, mint a Parkinson-kór, hepatitisz C vagy daganatos megbetegedések

(Cal, Santiago, 2013; DeNisco, 2011; Girtler és mtsai, 2010; Mota és mtsai, 2006; Zautra és mtsai, 2005, idézi Kövesdi, 2017). A reziliencia csökkenti a pszichiátriai kórképek megjelenésének esélyét is (Bachen, Chesney, Criswell, 2000; Erim és mtsai., 2010, idézi Kövesdi, 2017).

A kutatások azt bizonyítják, hogy a reziliencia vizsgálata nem csupán az elméleti tudástárat gazdagítja. Az alkalmazott pszichológia, az egészségpszichológia és a klinikai pszichológia is egyaránt a gyakorlatban is hasznosítja az eredményeit (Szondy, 2007).

A KUTATÁS HIPOTÉZISEI

Masten (2001) véleménye szerint a reziliencia nem állandó mértékű az élet során, és nem is érvényesül minden élethelyzetben. Vannak olyan attitűdök, viselkedések, melyek az egyik élethelyzeten támogatják a jó megküzdést, míg egy másik élethelyzetben, szituációban ugyanaz a hozzáállás már nem segít. A szakirodalom áttekintése alapján feltételezhető, hogy a gyermekkori szülői nevelési stílusból következtetni lehet a rugalmas lelki ellenállóképességre, és hogy a szülői bánásmód hatással van a reziliencia mértékére az egyén érzelemszabályozásán keresztül (Osváth, 2016). Ugyanakkor a családi légkör hatása nem lineáris: vannak fiatalok, akik sikeresen meg tudnak birkózni a deviáns környezettel is, míg másoknak optimális család mellett sem válnak rezilienssé (Zimmerman és Arunkumar, 1994, idézi Meichenbaum (é.n.).

Az első hipotézisem szerint a reziliencia mértéke és a szülői bánásmód dimenziói anyai és apai szeretet, túlvédés és korlátozás között pozitív összefüggés van. Második hipotézisemet arra alapoztam, hogyha idősebbé válunk, a megküzdési repertoárunk bővül, mivel már van mintánk arra, hogy korábbi hasonló helyzeteket hogyan sikerült megoldani, így a rugalmas ellenállóképesség fejlődik. A magasabb életkorú személyek rugalmasságát több szerző is bizonyította, szemben a fiatalabb egyének alacsonyabb ellenállóképességével (Gayton és Lovell, 2012; Gooding és mtsai., 2012). A második hipotézisem szerint a reziliencia mértéke növekszik az életkorral, összességében és nemekre lebontva is.

A harmadik hipotézisem szerint a nők reziliencia értéke magasabb lesz, mint a férfiaké. A reziliencia kutatások a nemek tekintetében változó eredményeket hoztak, nem bizonyítható egyértelműen, hogy a nem prediktora lenne a reziliencia mértékének (Gök, Kogar, 2021). Boardman és munkatársai szerint (2008) a nemek közötti különbségeket biológiai, genetikai és szociális faktor együttesen alakítják. A nőkre és a férfiakra másféle stresszorok hatnak, a nőknek több stressz származik a gyermeknevelés, családi életből, addig a férfiaknak a munka területéről. Másrésről a nők érzékenyebbek, gondoskodóbbak, így a stressz hatásnak is jobban ki vannak téve, mint a férfiak. Viszont a nők nagyobb valószínűséggel fordulnak adaptív eszközökhöz a stresszel való megküzdésben (Gentry és mtsai, 2007), mint a kommunikáció, közösségi támogatás keresése, érzelmeik megosztása, (Shean, 2018) addig a férfiak többségében maladaptív módszerhez nyúlnak (Gentry és mtsai, 2007), mint

elkerülés, visszavonulás (Tamres, 2002), vagy érzelmek tettekben való megnyilvánítása (Shean, 2018). A tanulmányok alapján elmondható, hogy a lelki ellenállóképesség értékekben nemi különbség nem mutatható ki. Viszont a protektív faktorok tekintetében, melyek a rezilienciát közvetítik, nemi különbség látható (Fuller, Sellars, Antonucci, 2008).

Összefoglalva tehát feltételezem, hogy (H1): A lélektani rugalmasság mértéke és a szülői bánásmódok három dimenziója (anyai/apai szeretet, anyai/apai túlvédés, anyai/apai korlátozás között pozitív összefüggés van; H2: A reziliencia mértéke növekszik az életkorral; H3: A reziliencia értékében különbség van férfiak és nők között.

MÓDSZEREK

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK

A vizsgálat fókuszában 18 éven felüli egészséges magyar felnőttek álltak. A mintába bekerülés egyik feltétele a kérdőívek hiánytalan kitöltése volt. Nem vehetett részt a kutatásban az a 14 személy, akik önbevallás alapján az életvitelüket befolyásoló betegséggel vagy mentális zavarral küzdenek. Így az elemzéshez használt minta elemszáma 110-ről 96-ra csökkent, az átlag életkor 29,42 év (szórás: 9,97), melynek minimuma 18 év, maximuma 70 év. A válaszadók 40%-a férfi (38 fő) és 60%-a nő (58 fő).

VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK

Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI). A kérdőív a szülő-gyermek kapcsolat első 16 éve alapján megélt szülői viselkedést, bánásmódot értékeli. (Parental Bonding Instrument, Parker, Tupling és Brown 1979), melynek magyar nyelvű adaptációját Gervai és Tóth (1999) végezték el. A kérdőívben 25 item szerepel, és 3 faktort azonosít. Az első faktor a „szeretet-törődést” méri, amely 12 itemet tartalmaz. A második faktor a „túlvédés”, amely 7 tételt tartalmaz. Illetve 5 tétel tartozik a harmadik faktorhoz a „korlátozáshoz”. A kitöltőnek egy 4 fokú Likert-skálán („nagyon jellemző”; „egyáltalán nem igaz”) kell elhelyezni az első 16 év alapján az általa megélt apai és anyai gondoskodás mértékét. A Cronbach α értékei különböznek az egyes dimenziókban, de nem számottevően. Cronbach-alfa értékek 0, 85 és 0, 88 között mozogtak.

25 itemes Connor- Davidson Reziliencia Skála (CD-RISC). A kérdőív a lelki ellenállóképességet méri (Connor-Davidson Resilience Scale, 2003), magyar nyelvű adaptációját Kiss, Vajda, Káplár, Csókási, Hargitai, Nagy (2014) végezték el. A kitöltők a kérdőív kérdéseit 5 fokú Likert-skálán (0-„Egyáltalán nem igaz” és 4 „Szinte mindig igaz”) értékelik. A magasabb pontérték magasabb rezilienciára utal. A magyar nyelvű kérdőív magas Cronbach-alfa-értékkel rendelkezik 0,911. A bináris logisztikus regresszió analízis eredményei alapján, a 25 itemes kérdőív alkalmas a beteg- és egészséges csoport elkülönítésére a reziliencia- értékek

mentén. A kérdőív faktorstuktúrája a magyar mintán a következőképpen alakult. Az első faktorba azok a kérdések tartoznak, melyek a stresszhelyzetet úgy fogják fel, mint lehetőség a megerősödéssre. A második faktorba azok a tételek tartoznak, amelyek az adott személy eredményességére utalnak korábbi stresszhelyzetben. A harmadik faktor tételei a teherbírást mutatják. A negyedik faktor az érzelmi stabilitást, és a teherbírást. Az ötödik faktor itemei a biztonságos kapcsolat fontosságát, és változások elfogadását méri.

A VIZSGÁLATI ELJÁRÁS

A kérdőívek kitöltése egyénileg, online formában történt. A vizsgált személyek a kérdőívek kitöltése előtt elolvasták az írásos tájékoztatót a kutatásról, ezután a részvételi szándékukat a beleegyező nyilatkozat jóváhagyásával jelezték. Az adatok 2019 októbere és 2020 márciusa közötti állapotokról számolnak be. A részvétel önkéntes és anonim volt. A kutatás kényelmi mintavétellel, hólabda módszer alkalmazásával, e-mailes megkeresés útján történt. A kutatásban részt vevő személyek az általam kiküldött linken keresztül a Google Űrlapok alkalmazásban töltötték ki a kérdőíveket. A vizsgálat első részében szociodemográfiai adatokat, és a kutatásomat befolyásoló életviteli kérdésekre adott válaszokat rögzítettem, mint a nem, életkor, iskolai végzettség, aktuális betegségek, mentális betegségek, rendszeres gyógyszeresedés, káros szenvedélyek. A vizsgálat második részében a kitöltők kérdőívcsomagot kaptak, amely a Szülői Bánásmód Kérdőívet (H-PBI) és a Connor-Davidson Reziliencia Skálát (CD- RISC) tartalmazta. A kitöltött kérdőíveket a RopStat 2.0. statisztikai programcsomaggal elemeztem. A kutatás a Debreceni Egyetem Magatartástudományi Intézetében készült, záródolgozat keretében.

A MINTA

A mintába kerültek átlagéletkora 29,42 év (szórás:9,97). A minimum 18 a maximum 70 év. A minta eloszlása ferde, a fiatalabbak lényegesen nagyobb arányban reprezentáltak, mint az idősebbek. A férfiak esetében az átlagéletkor 32,95 év (szórás:3,46), a legfiatalabb kitöltő 20 éves a legidősebb 40 éves. A nők esetében a mintába bekerült érvényes esetek átlagéletkora 27,17 év (szórás: 10,27). A legfiatalabb személy 18, a legidősebb 70 éves.

EREDMÉNYEK

SZÜLŐI BÁNÁSMÓD KÉRDŐÍV

A Szülői Bánásmód Kérdőív változóinak ismertetését az **(Hiba! A hivatkozási forrás nem található.** szemlélteti. A kérdőív **Hiba! A hivatkozási forrás nem található.**három dimenziót mér, mindegyiket külön az anya és az apa vonatkozásában: anyai szeretet / apai szeretet; anyai túlvédés /apai túlvédés;

anyai korlátozás /apai korlátozás.

Az anyai szeretet- változó esetében az átlag: 34,49, a szórás: 10,12. A minimum érték az átlagtól (-3,11), a maximum érték (1,04), ami szintén az átlagtól való eltérést mutatja, vagyis az eloszlás már ez alapján sem szimmetrikus, a ferdeség (-1,265***), a csúcosság (1,016**) pedig alátámasztja, az adatok aszimmetrikus eloszlását a mintában.

Az anyai túlvédés átlaga: 7, 604, szórás: 5,013. A minimum érték (-1,52), a maximum (2,67), jelzi a nem szimmetrikus eloszlást, amit a ferdeség (0,527*) és csúcosság (-0,307) csak megerősít. Az anyai korlátozás-változó átlaga: 7,76. a szórás: 3,544. A minimum érték (-2,19) a maximum pedig (2,89). A minta eloszlása aszimmetrikus, a ferdeség szignifikáns eltérést mutat (0,718**), a csúcosság pedig (0,633).

Az apai korlátozás-változó átlaga: 19, 85, a szórás: 19,85. A minimum érték (-2,21) a maximum (1,46). A ferdeség (-0,447) a csúcosság (-0,749), mely szimmetrikus eloszlására utal. Az apai túlvédés átlaga: 5,656, a mennyiségi értékek a mintában 4,909-el térnek az átlagtól. a ferdeség ebben az esetben is sérül (0,813**) a csúcosság (-0,114) vagyis a szimmetrikus eloszlás nem teljesül. Az apai korlátozás- változó átlaga: 7,594, a mennyiségi értékek 4,846-al térnek el az átlagtól. A minimum érték (0,157) a maximum (2,35) eltérést mutat az átlagtól. A ferdeség (0,542*) sérül, a csúcosság (-0,57), így a mintában az eloszlás aszimmetrikus.

	Változó	medián	95%	átlag	szórás	var.eh	zmin	zmax	ferdeség	csúcosság
Szülői Bánásmód	szerelem	87	32,44	34,49	10,12	0,893	-3,11	1,04	-1,27	***1,016*
	anya túlvédés	7	6,587	7,604	5,013	0,659	-1,51	2,67	0,527*	-0,31
	anya korlátozás	8	7,76	7,76	3,544	0,457	-2,19	2,89	0,718**	0,63
	apa szerelem	32	18,3	19,85	8,98	0,453	-2,21	2,26	-0,45	-0,75
	apa túlvédés	5	4,66	5,656	4,909	0,868	-4,15	2,72	0,813**	-0,11
	apa korlátozás	7	6,62	7,594	4,846	0,638	-1,57	2,35	0,542*	-0,57

2. táblázat A Szülői Bánásmód Kérdőív dimenzióinak leíró statisztikája.

CONNOR-DAVIDSON REZILIENCIA SKÁLA

A Connor- Davidson Reziliencia Skálán a vizsgálati személyek 1-4 között terjedő Likert-skálán értékelhették a rezilienciára vonatkozó állításokat önmagukra vonatkoztatva. Ezek alapján a skála összértékét számoltam ki. A reziliencia-változó értékeinek a megoszlása a mintában a következőképpen alakult: a mintában az átlagos reziliencia érték 72,36 a szórás 9,744 volt. A minimum érték 40, a maximum pedig 94. minta eloszlása ferde, a középső értékek magasan felülreprezentáltak az alsóbb és felsőbb értékeknél. Az eloszlás (-0,799*) és csúcosság (2, 111***) alapján a minta eloszlásáról mondhatjuk, hogy nem normális eloszlású. A hisztogram is alátámasztja, hogy felső középső régiók túlreprezentáltak.

A reziliencia tekintetében az átlagos pontérték 71,64, a legalacsonyabb pontszám 40 a legmagasabb 92 volt. A reziliencia-változó értékeinek a megoszlása a mintában: átlag: 72,36 (szórás: 9,744). A minimum érték 40, a maximum pedig 94. Az eloszlás (-0,799*) és csúcosság (2, 111***) is szignifikáns eltérést mutat, vagyis a minta nem normális eloszlású.

A reziliencia tekintetében a férfiak átlagos pontszáma 73,42, a legkisebb reziliencia érték 40, a legnagyobb 94. Nők esetében a reziliencia az átlagos pontértéke 71,64, a legalacsonyabb pontszám 40 a legmagasabb 92 volt.

Connor-Davidson Reziliencia skála	
átlag	72,36
szórás	9,774
medián	73,5
minimum	40
maximum	94

3. táblázat Connor-Davidson Reziliencia Skála leíró statisztikája

HIPOTÉZISVIZSGÁLATOK

Az első hipotézis kapcsán korrelációt vizsgáltam a Szülői Bánásmód Kérdőív változói és Connor-Davidson Reziliencia változói között. A normalitásvizsgálat során a Kolmogorov-Szmirnov-teszt két dimenzióban mutatott a normalitás eloszlástól való szignifikáns eltérést, a Szülői Bánásmód Kérdőív anyai szeretet ($D^* = 1,878$, $p = 0,001^*$) és az anyai korlátozás ($D^* = 1,369$, $p = 0,047^*$) esetében. A továbbiakban a változók kapcsolatát a Kendall-féle mutatókat vizsgáltam, amely az anyai szeretet és reziliencia esetében ($\tau\text{-}b = -0,041$, $p = 0,571$; $\tau\text{-}b = -0,039$, $p = 0,573$), és az anyai korlátozás és reziliencia között ($\tau\text{-}b = -0,130^+$, $p = 0,075$; $\tau\text{-}b = -0,122^+$, $p = 0,0784$), szignifikanciát nem jelzett. A további változók esetében, a Pearson-féle korrelációs együtthatókat vettem figyelembe. E szerint a reziliencia és anyai túlvédés ($r = -0,105$, $p = 0,310$; $R_{pb} = -0,18$, $p = 0,068$); reziliencia és apai szeretet ($r = 0,188$, $p = 0,066$; $R_{pb} = -0,138$, $p = 0,178$); reziliencia és apai korlátozás ($r = -0,06$, $p = 0,548$; $R_{pb} = -0,026$, $p = 0,220$); reziliencia és apai túlvédés ($r = 0,090$, $p = 0,3823$? $R_{pb} = -0,18$, $p = 0,0686$) között nincsen szignifikáns kapcsolat. Tehát a statisztikai próbák alapján a szülői bánásmód faktorai és a reziliencia között nincsen együttjárás, kivéve az anyai korlátozás és reziliencia mutat pozitív tendenciát.

Szülői Bánásmód Kérdőív	Vizsgált változók kapcsolata		Korrekciók 95%-os intervallumbecslés az elméleti értékekre	
	változó	reziliencia (CD-RISC)	Korreláció, egyszerű regresszió	
anya	szerepet	reziliencia	r=0,114 p=0,268;	tau-b=-0,041 p=0,571; tau=-0,039, p=0,573
	korlátozás	reziliencia	r=0,105; p=3,310;	tau-b=-0,130 p=0,075; tau=-0,122+, p=0,078
	túlvédés	reziliencia	r=-0,105, p=0,310;	Rpb=-0,18, p=0,068
apa	szerepet	reziliencia	r=-0,188, p=0,066;	Rpb=-0,138, p=0,178
	korlátozás	reziliencia	r=-0,062, p=0,548;	Rpb=-0,026, p=0,220
	túlvédés	reziliencia	r=-0,090, p=0,3823;	Rpb=-0,18, p=0,0686

4. táblázat A Szülői Bánásmód Kérdőív változóinak és a Connor -Davidson Reziliencia skála értékeinek korrelációja

Második hipotézisem kapcsán a Connor- Davidson Reziliencia Skálán elért reziliencia pontszámok és életkorok közötti kapcsolatot vizsgáltam. (5. táblázat) A Kolmogorov-féle normalitásvizsgálat során a reziliencia értékekben normális eloszlást találtam ($D^* = 0,987$, ($p = 0,284$)). Az életkor-változó esetében sérült a normalitás ($D^* = 2,062$, ($p = 0,0004$ ***)). A Kendall-féle tau mutatók alapján elmondható, az életkor és a reziliencia-változó esetében is, hogy a kapott eredmények ($\text{tau-b}=0,241^{***}$, $p=0,0009$); ($\text{tau}=0,231^{***}$, $p=0,000$) szignifikánsan eltérnek a 0-tól, mindegyik pozitív, de kevésbé erős kapcsolatot jelez. A megmagyarázott variancia arány 11%. A felírható modell: $4,315+0,347 \cdot \text{reziliencia} = \text{életkor}$. Megállapítható tehát, hogy az életkor növekedésével a reziliencia növekedése együttjár.

	VÁLTOZÓ	VÁLTOZÓ	KORRELÁCIÓK 95%-OS INTERVALLUMBECSLÉS AZ ELMÉLETI ÉRTÉKEKRE
	életkor	reziliencia	tau-b=0,241***, p=0,0009 C95=(0,100;0,383), tau-b=0,231***, p=0,0009; C95=(0,095;0,368)
ÁTLAG	29,42	72,33	
SZÓRÁS	9,97	9,744	
MIN	18	70	
MAX	40	94	
REGRESSZIÓS EGYENLET	$4,315+0,347 \cdot \text{reziliencia}$	$62,43+0,336 \cdot \text{életkor}$	

5. táblázat CD-RISK reziliencia pontszámainak és az életkorok korrelációs vizsgálatának eredményei

Harmadik hipotézisem kapcsán szignifikáns kapcsolatot kerestem a reziliencia értékében nemek szerinti bontásban. Kétmintás t-próbát használtam, miután megbizonyosodtam a változók normális eloszlásról. A független minták egyszempontos összehasonlítása szerint, Levene-próba: $F(1; 80,7)=0,004$, ($p = 0,952$); O'Brien: $F(1,0; 79,3)=0,005$, ($p = 0,944$) nincs szignifikáns különbség a szórások között. A kétmintás t-próbát eredménye: $t(94)= -0,899$, ($p=410,371$) nem mutat szignifikáns eltérést, tehát a női és férfi csoportban a reziliencia átlaga

között nincs különbség.

MEGVITATÁS

Kutatásomban a gyermekkori szülői bánásmód és a reziliencia közötti kapcsolatot vizsgáltam. Első hipotézisem nem igazolódott, a statisztikai próbák alapján a reziliencia értékei és a szülői bánásmód hat dimenziója között nem találtam együttjárást. Ennek egyik oka lehet a közepes nagyságú minta (96 fő), hiszen a korábbi vizsgálatok nagy elemszámmal dolgoztak. F. Lassú Zsuzsa és munkatársai (2015) 300 középiskolás diákot vizsgáltak Budapesten, az eredmény gyenge szignifikáns kapcsolatot mutatott a reziliencia és a szülői bánásmód dimenziói között. Skeryte-Kazlauskienė és munkatársai (2015) 745 ember bevonásával, 18 és 81 év közötti személlyel készített vizsgálata a két változó között pozitív kapcsolatot talált. Kutatásom nem terjedt ki a protektív tényezőkre, melyek erősítik rezilienciát. Figyelembe kell venni azt is, hogy a lelki rugalmasság élethelyzetek függvényében is változik (Masten, 2001). A nevelésnek több aspektusa is van az általam mért szülői bánásmódon kívül, aminek kapcsolata lehet a rugalmas ellenálló képességgel, például a szülői nevelési stílus (Clausen, 1996), vagy a kötődési stílus (Behzadi és Parker, 2015). A kutatók angolszász területen a szülői bánásmódot a kötődéssel együtt elemzik. Jelen kutatásomban azonban a kötődésre nem tértem ki. A biztonságosan kötődő egyének a stresszkeltő események hatását képesek mérsékelni (Hawkins, Howard és Oyebode, 2007; Wei, Heppner és Mallinckrodt, 2003, idézi Osváth, 2016). Ugyanakkor a bizonytalan kötődésű személyek inkább benne ragadtak a stresszhelyzetbe, vagy elkerülésként drogot, alkoholt használnak. (Lopez, Mauricio, Gormley, Simko és Berger, 2001; Howard és Medway, 2004; Caltabiano és Grosset, 2009, idézi Osváth 2016).

Kutatásomban igazolódott, hogy a reziliencia az életkor emelkedésével növekszik. Az idősebb személyek lélektani rugalmasságát több szerző is bizonyította, szemben a fiatalabb egyének alacsonyabb ellenállóképességével (Gayton és Lovell, 2012, Gooding és mtsai, 2012). Gooding és munkatársai (2012) 64 évnél idősebb és 26 évnél fiatalabb egyének pszichológiai ellenállóképességét vetették össze. Az eredmény szerint az idősebbek rugalmasabbak, mint a fiatal felnőttek, különösen érzelmi szabályozás és problémamegoldás szempontjából. Nygren és munkatársai (2005) 85 évnél idősebb emberek rezilienciáját vizsgálta, azt találták, hogy a legidősebbeknél a lelki erő olyan mértékű, mint a fiatalabb felnőtteké. A reziliencia erősödésének oka lehet, hogy idővel a megküzdési repertoárok bővülnek, minták lesznek arra vonatkozóan, hogy hasonló helyzetek miként oldódtak meg. Valamint az idősebb korosztálynak jellemzően másféle életfeladatokkal, problémákkal kell szembenézni, mint a fiatalabbaknak.

Nemi bontásban a statisztikai próbák alapján nem találtam a férfiak és nők reziliencia értékei között eltérést. A kutatások a férfi és női reziliencia témakörében változó eredményeket hoztak. Sun és Stewart (2007) reziliencia

mértékében mérhető különbséget talált a nemek között, amit a férfi és női sajátosságokkal magyaráztak. Browning és Johnson (2010) nem találták a nemeket a reziliencia fontos előrejelző faktorának. Isaacs (2014) 35 egyetemi dékán rezilienciáját tanulmányozta, az eredmény szerint a női dékánok szignifikánsan reziliensebbek, mint a férfi társaik. Ebben az esetben figyelembe kell venni, hogy vezető pozícióban dolgozó nőket vizsgáltak. F. Lassú Zsuzsa és munkatársai (2015) nemek szerinti csoportosításban, a reziliencia értékeiben tendenciaszerű különbséget találtak a fiúk és lányok között. Boardman és munkatársai (2008) szerint az ellenálló képesség örökölhetősége nagyobb a férfiak körében ($h^2= 52$), mint a nők esetében ($h^2= 38$), tehát genetikai faktora is van a rugalmas ellenálóképességnek.

Az eltérő kutatási eredmények egyik magyarázata lehet a szociális faktor, a konvenciók, a család, a kultúra és közösség elvárásai, illetve a stresszel való megküzdés a nemi szocializáció hatására is formálódhat, tehát a coping a kultúrától és a szituációtól is függ (Matud, 2004). Továbbá a társadalomban betöltött szerep is behatárolja a stresszre való fogékonyságot (Aneshensel-Pearlin, 1987), valamint számos tényező moderálja a megküzdést, ilyen a stresszor típusa, az aktuális állapot, az önértékelés, a pesszimista vagy optimista beállítódás (Pataky, 2014). Másrészt a nők érzékenyebbek, gondoskodóbbak, így a stressz hatásnak is jobban ki vannak téve, mint a férfiak (Boardman, Blalock és Button, 2008). A nemre vonatkozó reziliencia kutatások eltérő eredményei magyarázhatók a nemek esetleges eltérő élethelyzetével, az anyagi körülményekkel, iskolázottsággal, műveltséggel, életkorral, eltérő kulturális szokásrendszerrel (Boell, Da Silva és Hegadoren, 2016).

KORLÁTOK ÉS KITEKINTÉS

A reziliencia vizsgálatának nehézségei összefüggenek a jelenség komplexitásával, és azzal, hogy a kutatások eltérő definíciókat használnak. Kutatásom korlátait jelenti a kis elemszám, a nem reprezentatív minta, a nemi aránytalanság, így az eredmények általánosságban nem terjeszthetők ki a populáció minden tagjára. Emellett keresztmetszeti vizsgálatként csak egy időpontban felvett adatokkal dolgoztam. A kutatás és az eredmények értelmezése során számos tényezőt figyelembe kell venni. A reziliencia nem állandó; aki egy időszakban, adott élethelyzetben reziliensnek bizonyult, nem feltétlenül lesz az néhány év múlva, más szituációban. Ezen felül számos olyan protektív faktor van, amit a kutatásban nem kérdeztem meg a vizsgálati személyektől, mert nehezen mérhető vagy számszerűsíthető. Ilyen a sportolás (Sarkar, 2017), művészeti tevékenység (Zarobe, Bungay, é.n.), önbecsülés (Haase, 2004), gazdasági helyzet (Sameroff, 2005), vallás, spiritualitás (Foy, Drescher és Watson, 2011). Átfogóbb, reprezentatívabb mintavétellel, nagyobb elemszámmal dolgozva, protektív faktorokat beemelve, a kötődés módját, a demográfiai háttérrel figyelembe véve árnyaltabb képet lehetne felvázolni a reziliencia és szülői bánásmód összefüggéseiről. A jövőben érdemes lehet, akár utánkövetéses kutatást készíteni, hogy láthassuk a reziliencia értékek mennyire állandók.

IRODALOMJEGYZÉK

- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I. (1987). Structural contexts of sex differences in stress. In Barnett, R. C., Biener, L., Baruch, G. K. (szerk): *Gender & Stress*. The Free Press, New York, 75–95.
- Bagdy, E. (1977). *A családi szocializáció és személyiségzavarok*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Bagdy, E. (1986). *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Ballenger-Browning, K., Johnson, D. C. 2010. Key Facts on Resilience. Letöltve: 2019. december 8-án. www.nccsc.navy.mil
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75 (1), 43-88.
- Békés, V. (2002). A rezilienciajelenség avagy az ökológizálódótudományok tanulságai egy ökológizált episztemológia számára. In G. Forrai, T. Margitay (szerk) *Tudomány és történet*. Budapest: Typotex Kft. 101-108.
- Buda, B. (1986). *A személyiségfejlődés és nevelés szociálpszichológiája*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Boell, J. E. W., Da Silva, D. M. G. V., & Hegadoren, K. M. (2016). Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 24.
- Chess, S., Thomas, A. (1999). *Goodness of Fit. Clinical Applications From Infancy Through Adult Life* Brunner/Mazel, Philadelphia.
- C. S., Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Clausen, J. A. (1995). Gender, contexts, and turning points in adults' lives. In P. Moen, G. H. Elder, Jr. and Lüscher (szerk.) *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. American Psychological Association. 365–389.
- Colquhoun, D.M., Bunker, S.J., Clarke, D.M., Glozier, N., Hare, D.L, Hickie, I.B. (2013). Screening, referral and treatment for depression in patients with coronary heart disease. *The Medical journal of Australia*, 198, 483-4.
- Cox, M. J., Paley, B., Harter, K. (2001). Interparental conflict and parent-child relationships. In J. H. Grych, F. D. Fincham (eds.), *Interparental conflict and child development: Theory, research, and application*- New York: Cambridge University Press. 249- 272.
- Crump, C. (2016). Low stress resilience in late adolescence and risk of hypertension in adulthood. *Heart, British Cardiac Society*, 102, 541-7.
- Darling N., Steinberg L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.
- Dick A, Vanderbilt S, Jacot C, Hurni F, Jäggi C, Liggenner E. (2005). Erinnertes

- elterliches erziehungsverhalten und aktuelle bindungsorganisation im erwachsenenalter: unterschiede zwischen personen mit und ohne angststörungen. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34. 35–38.
- DeLisi, M., Drury, A.J., Elbert, M.J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 92. 1-6.
- F. Lassú Zs, Serfőző M., Sándor M, Kolosai N. és Pálffy Zs, (2015). Családi struktúra, szülői bánásmód és lélektani rugalmasság összefüggései serdülőkorban. *Alkalmazott Pszichológia*, 15 (1), 77-92.
- Fekete, Deák, I. (2015). A családi környezet szerepe az egyén reziliens alkalmazkodásának kialakulásában. *Erdélyi Társadalom. Társadalomtudományi szakfolyóirat*, 13 (1), 63-68.
- Foy, D., Drescher, K., Watson, P. (2011). Religious and spiritual factors in resilience. In S. Southwick, B. Litz, D. Charney, és M. Friedman (szerk). *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press. 90-102.
- Fuller-Iglesias ,H., Sellars, B., Antonucci, T.C. (2008). Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor, *Research in Human Development*, 5(3), 181-193.
- Gayton, S. D., Lovell, G. P. (2012). Resilience in ambulance service paramedics and its relationships with wellbeing and general health. *Traumatology*, 18(1). 58-64.
- Gentry, LA, Chung, JJ, Aung, N., Keller, S., Heinrich, KM és Maddock, JE (2007). Gender Differences in Stress and Coping Among Adults Living. *Californian Journal of Health Promotion* , 5 (2), 89-102.
- Goldberg, L. R. (2008). The Eugene-Springfield community sample: Information available from the research participants. *ORI Technical Report*, 48(1) .
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., és TARRIER, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 262-270.
- Gök, A., Kogar, E. Y. (2021). A Meta-Analysis Study on Gender Differences in Psychological Resilience Levels. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 3 (2), 132-143.
- Graber, R., Pichon, F. & Carabine, E. (2015). Psychological resilience. State of knowledge and future research agendas, Overseas Development Institute, Working Paper pp. 425.
- Haase J. E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* 21, 289–299.
- Hadházy, É, Czinkóczki, A., Homoki, Takács, Sz., Csikós, G., Kövesdi, A., Törő K., Földi, R., (2022). A szülői nevelési stílus észlelésében szerepet játszó tényezők, különös tekintettel a párkapcsolati elégedettségre, párkapcsolati intimitásra, felnőtt kötődésre, észlelt stresszre és rezilienciára. *Psychologia Hungarica* 8(3), 95–119.
- Hoffmann, D. (2010). Risky investments: Parenting and the production of the

- "resilient child". *Health Risk and Society* 4, 358-394.
- Isaacs, A. J. (2014). Gender Differences in Resilience of Academic Deans, *Journal of Research in Education*. 24 (1), 112-119.
- J.D. Boardman, C.L. Blalock, és T.M.M. Button (2008). Sex Differences in the Heritability of Resilience. *Twin Res Hum Genet*. 11 (1), 12–27.
- Jávor, L. 2001. Reziliencia a Lost Childhood című konferencián Budapesten tartott előadás kézírata, .6–10.
- Kas B., Billédi, K., Ferenczi Sz., Csákvári, J. és Tánczos, É. (2015). Családi védőfaktorok alkalmazása a gyakorlatban. Hallgatói tananyag. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Letöltve. 2020.január 14-én. <<http://tamop526.hu/includes/pages/Kepzesek/Tananyagok/Csal%C3%A1di%20v%C3%A9d%C5%91faktorok%20alkalmaz%C3%A1sa%20a%20gyakorlatban.pdf>>
- Kiff, C. J., Lengua, L. J., Zalewski, M. (2011). Nature and Nurturing: Parenting in the Context of Child Temperament, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 251-301.
- Kiss, E. Cs. (2015). A lelki ellenálló képesség, a reziliencia jelensége a pszichológiában. In Kiss, E. Cs. K., Makó. H. (szerk). *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannonia Kiadói Alapítvány. 352-368.
- Kiss, E.. Cs., Vajda D., Káplár M., Csókási K., Hargitai R. és Nagy L. (2015). A 25-ites Connor-Davidson Reziliencia Skála (CD-RISC) magyar adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 16 (1),. 93-113.
- Kitti, K. , Éva, S. (2019). A tanulmányi reziliencia értelmezése: kutatási, prevenció és intervenció lehetőségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 74(4), 527-545.
- Klohn, E. C. (1996). Conceptual Analysis and Measurement of the Construct of EgoResiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1067–1079.
- Kooiman, C. G., Vellinga, S., Spinhover, Ph., Draijer, N., Triisburg, R. W., Rooijmans. H. G. M. (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other disorders of affect deregulation in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 107-507.
- Kósa, É. (2005). Szülői-nevelési attitűdök: a szülők gyermeknevelési eljárásai. In: Vajda Zs., Kósa, É. (szerk). *Neveléslélektan*. Budapest: Osiris Kiadó. 220-230.
- Kövesdi A. 2017. Reziliencia a serdülőkorú anorexia nervosában. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem. Letöltve: 2022. április 11-én. <https://pea.lib.pte.hu/kovesdi-andrea-phd-2018>.
- Laursen, B., Coy, K. C., Collins, W. A. (1998). Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence. *A meta-analysis. Child Development*, 69, 817–83.
- Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., Steinberg, L. (1996). Ethnicity and community context as moderators of the relations between family decision making and adolescent adjustment. *Child Development*, 67(2), 283–301.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer, New York.
- Loprinzi, C.E, Prasad K., Schroeder D.R, Sood, A. (2011.)Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial.

- Clin Breast Cancer*. 11(6), 364-8.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Maddi, S.R. (2005). On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist*, 60(3), 261-262.
- Margitics F., Pauwlik Zs. (2006). Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal. *Magyar Pedagógia*, 106.(1). 43-62.
- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang, E. W. Gordon (eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*, Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 3-25.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Masten, A. S., Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53 (2), 205-220.
- Masten, A.S, Gewitz, A.H, Sapienza, J.K (2013). Resilience in development: the importance of early childhood. Encyclopedia on Early Childhood Development. Letöltve: 2022. október.31-én. <<https://www.child-encyclopedia.com/pdf/expert/resilience/according-experts/resilience-development-importance-early-childhood>>
- Masten, A.S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85 (1), 6-20.
- Mathibe, G. E. (2015). *The relationship between perceived parenting styles, resilience and emotional intelligence among adolescents* (Doctoral dissertation). Letöltve: 2022. április 14-én. <<http://repository.nwu.ac.za/handle/10394/17416>>
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Meichenbaum, D. (2005). Understanding resilience in children and adults: Implications for prevention and interventions. In paper delivered to the Melissa Institute Ninth Annual Conference on Resilience. letöltve: 2022. január 20-án.
- Nygren, B., Alex, L., Jonsenm, E., Gustafson, Y., Norberg A, and Lundman, B.(2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest. *Aging Men Health*, 9 (4),354-362.
- Osváth, V. 2016. Gyermekkorai kapcsolatok, és kapcsolati élmények szerepe a kriminalizálódás alakulásában állami gondoskodásban felnövekedett férfiak körében. Doktori értekezés. [pdf] Elérhető a következő weboldalon: <<http://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/16004/osvath-viola-phd-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y> > [Hozzáférés 2019. május 20-án].
- Pataky, N. (2014). A megküzdést befolyásoló tényezők. In Dávid, I., Fülöp, M.,

- Pataky, N., Rudas, J., (2014) *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok*. Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, 74-78.
- Robertson, J., Schiöler, L., Torén, k., Söderberg, M., Löve, J., Waern, m., Rosengren, A., Åberg, M. (2017). Mental disorders and stress resilience in adolescence and long-term risk of early heart failure among Swedish men. *International journal of cardiology*, 24, 326-31.
- Pikó, B. (2012). Fiatalok lelki egészsége és problémaviselkedése a rizikó- és protektív elmélet, a pozitív pszichológia és a társadalomlélektan tükrében. Akadémiai doktori értekezés.[pdf] Letöltve: 2022. április 15-én <http://real-d.mtak.hu/566/7/dc_310_11_doktori_mu.pdf>
- Pikó, B., Balázs. M. Á. (2012). A szülői nevelési stílus jelentősége a serdülők dohányzása és alkoholfogyasztása szempontjából. *Pszichológia* 32, 2, 173–187.
- Ribiczey N. (2008). A rizikótényezőktől a protektív mechanizmusokig: a reziliencia fogalmának alakulása a pszichológiában. *Alkalmazott pszichológia*, 10.(1-2), 161-171.
- Richter-Kornweitz, A. (2011). Gleichheit und Differenz–die Relation zwischen Resilienz, Geschlecht und Gesundheit. In *Handbuch Resilienzförderung*. Szerk.: Zander M. Wiesbaden: VS Verlag; 240–274.
- Rothrauff TC, Cooney TM, An JS. (2009). Remembered parenting styles and adjustment in middle and late adulthood. *J Gerontol Soc Sci.* 64 (1),46-137.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology* 24, 335–344.
- Sarkar, M. (2017). ‘Psychological Resilience: Definitional Advancement and Research Developments in Elite Sport’. *International Journal of Stress Prevention and Wellbeing, International Journal of Stress Prevention and Wellbeing*,1 (3),1-4.
- Seaman, P., K. Turner, M. Hill, A. Stafford and M. Walker (2006). Parenting and Resilience in Disadvantaged Communities, Joseph Rowntree Foundation Parenting in Practice Series. London: National Children's Bureau.
- Shean, M. (2018). *Current theories relating to resilience and young people: a literature review*, Victorian Health Promotion Foundation, Melbourne.
- Skeryte-Kazlauskienė, M., Mazulyte-Rasytė, E., Eimontas, J., and Kazlauskas, E. (2015). The Effect of Retrospectively Perceived Parental Bonding on Resilience in Adulthood. *International Journal of Psychological Studies.* 7 (2), 174-179.
- Stress Management and Resiliency Training (SMART): A Relaxation Response Resiliency Program®, Letöltve: 2022. 11. 12. <https://bensohenryinstitute.org/smart-program/>
- Sun, J., Stewart, D. (2007). Age and gender effects on resilience in children and adolescents. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(4), 16–25.
- Szokolcsy, Á, Komlósi A (2015). A „reziliencia gondolkodás” felemelkedése-ökológiai és pszichológiai megközelítések. *Alkalmazott Pszichológia.* 15(1), 11–26.
- Szokolcsy, Á., Palatinus, K, Palatinus, Zs (2015). A reziliencia mint a komplex

- dinamikus fejlődései rendszerek sajátossága. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(1), 43–60.
- Szondy, M. (2007). A megbocsátásra való hajlam korrelátumai: kapcsolata a szociodemográfiai jellemzőkkel, az optimizmussal és a boldogsággal. *Pszichológia*, 27 (3), 221-239.
- Wells, M., Avers D., and Brooks, G. (2012). Resilience, Physical Performance Measures, and Self-Perceived Physical and Mental Health in Older Catholic Nuns. *J Geriatr Phys Ther.*, 3..31-126.
- Tamres, L.K., Janicki, D., Helgeson, V.S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta- analytic review and an examination of relative coping. *Personality & Social Psychology Review*, 6, 2—30.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (1992). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*, New York: Cornell University Press.
- Werner, E. E. Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press,
- Zakeri H, Jowkar B, and Razmjoe M. (2010). Parenting styles and resilience. *Procedia Soc Behav Sci.*, 5 (10), 67-70.
- Zarobe, L., Bungay, H. (é.n). The role of arts activities in developing resilience and mental well-being in children and young people a rapid review of the literature. (online) Letöltve: 2022. április 10. https://arro.anglia.ac.uk/701901/6/Zarobe_2017.pdf